

PENGUNAAN LEAFLET DALAM PENDIDIKAN GIZI DAN PENGARUHNIA TERHADAP TINGKAT PENGETAHUAN IBU

Susilowati Herman*

*Kelompok Program Penelitian Penanggulangan Gizi Utama,
Puslitbang Gizi, Bogor

ABSTRAK

Selama ini pendidikan gizi umumnya belum memanfaatkan alat bantu pendidikan gizi secara optimal. Selain itu pesan-pesan pendidikan gizi terkadang belum dirancang dengan seksama, sesuai dengan kebutuhan sasaran. Tidak jarang dijumpai pesan yang terlalu banyak, umum atau tidak terarah. Penyampaian pesan-pesan pendidikan gizi yang dilakukan secara berulang dan disertai penggunaan alat bantu pendidikan yang dirancang dengan baik, dapat mempermudah sasaran pendidikan menangkap dan mengerti isi pesan pendidikan. Penelitian ini bertujuan menilai perubahan tingkat pengetahuan gizi sebagai hasil dari paket pendidikan gizi yang terarah dengan menggunakan alat bantu pendidikan berupa leaflet yang dibawa pulang oleh sasaran pendidikan. Sasaran pendidikan adalah ibu-ibu dari anak Balita penderita gizi buruk (KKP berat) pengunjung Klinik Gizi, Puslitbang Gizi, Bogor. Kelompok pembandingan adalah juga ibu-ibu dari anak Balita penderita gizi buruk pengunjung Klinik Gizi yang sama dan kepadanya juga diberikan pendidikan gizi dengan isi pesan sama, tetapi tidak diberi alat bantu pendidikan berupa leaflet. Hasil penelitian menunjukkan bahwa perubahan tingkat pengetahuan gizi ibu-ibu yang diberi leaflet, lebih baik daripada pengetahuan gizi ibu-ibu kelompok pembandingan.

Pendahuluan

Pengetahuan dan kesadaran gizi masyarakat seperti tercermin pada sikap, perilaku, kepercayaan dan norma yang menyimpang dalam pemilihan dan penilaian terhadap makan dan makanan merupakan salah satu penyebab masih tingginya kejadian gizikurang di Indonesia.

Pesan-pesan pendidikan gizi terkadang belum dirancang dengan seksama sesuai kebutuhan sasaran, tetapi lebih didasarkan pada pendapat para perencana itu sendiri (1). Tidak jarang dijumpai pesan-pesan pendidikan gizi yang tidak terarah, terlalu umum atau terlalu banyak pesan sehingga sasaran tidak dapat dengan cepat dan mudah mengerti isi pesan. Agar pesan-pesan pendidikan gizi dapat lebih terarah, perencana pendidikan gizi harus mengetahui dengan baik masalah yang dihadapi oleh sasaran, siapa sasaran pendidikan, sumber daya apa yang dimiliki sasaran dan apa yang dapat dilakukan sasaran terhadap masalah yang dihadapi, perubahan perilaku apa yang diharapkan serta apakah sistem sosial budaya setempat dapat menghambat perubahan perilaku yang diharapkan tersebut.

Metode pendidikan gizi yang langsung ditujukan kepada masyarakat sangat efektif untuk mencapai perubahan faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan, apalagi bila disertai pemakaian alat bantu pendidikan yang dirancang dengan baik. Dari hasil inventarisasi alat bantu pendidikan gizi (alat peraga gizi) yang dilakukan Puslitbang Gizi sejak

tahun 1984, ternyata cukup banyak alat bantu pendidikan gizi yang sudah dibuat/diproduksi oleh berbagai instansi pemerintah dan swasta yang berkecimpung dibidang gizi. Namun dalam pendidikan gizi selama ini, umumnya belum memanfaatkan alat pendidikan gizi secara optimal, bahkan ada kesan seolah-olah pendidikan gizi dilakukan secara "sambil lalu", tanpa perencanaan.

Penyampaian pesan-pesan pendidikan gizi yang dilakukan secara berulang-ulang dan disertai materi pesan atau alat bantu pendidikan gizi yang dapat dibawa pulang oleh sasaran pendidikan, diharapkan dapat mempermudah sasaran pendidikan mengingat pesan-pesan yang diberikan.

Dalam makalah ini disajikan perubahan tingkat pengetahuan gizi sebagai hasil dari suatu paket intervensi berupa pendidikan gizi yang terarah dengan menggunakan alat bantu pendidikan berupa leaflet, perubahan konsumsi zat gizi serta perubahan keadaan gizi anak Balita dari ibu-ibu sasaran pendidikan gizi.

Bahan dan Cara

Responden penelitian ini adalah ibu-ibu dari anak Balita penderita giziburuk pengunjung Klinik Gizi Puslitbang Gizi, Bogor, pada bulan Juli 1987 sampai dengan April 1988. Anak Balita penderita giziburuk tersebut adalah anak Balita yang dirujuk dari Puskesmas di daerah Bogor, atau yang datang atas kemauan sendiri. Klinik gizi dibuka atau memberikan pelayanan setiap hari Selasa untuk kegiatan penelitian khusus anak Balita penderita giziburuk. Paket pelayanan di Klinik gizi diberikan selama 6 bulan dengan rincian bulan pertama diberikan setiap minggu, bulan ke 2-4 setiap dua minggu, bulan ke 5 dan 6 setiap bulan. Kriteria yang digunakan untuk penentuan giziburuk adalah berat badan menurut umur dan tanda-tanda klinis yang dijumpai, sesuai dengan cara yang dikembangkan oleh WHO (2).

Setiap ibu dari anak Balita giziburuk mendapat paket intervensi berupa penyuluhan gizi terarah dan anaknya mendapat pengobatan untuk penyakit infeksi yang dideritanya. Paket penyuluhan gizi terarah diberikan secara lisan kepada kelompok perlakuan (eksperimen) maupun kelompok bukan perlakuan (pembanding). Perbedaannya adalah kepada kelompok perlakuan diberi leaflet, sedangkan kelompok pembanding tidak. Penyuluhan gizi terarah diberikan oleh pengatur gizi. Di samping penyuluhan gizi terarah, kepada responden juga diberi penyuluhan gizi yang merupakan penunjang dari penyuluhan gizi terarah tersebut, serta penyuluhan kesehatan. Penyuluhan kesehatan diberikan oleh bidan.

Pesan sentral/utama dari paket penyuluhan gizi terarah adalah tentang makanan untuk anak Balita penderita giziburuk (KKP berat). Pesan-pesan penyuluhan gizi yang merupakan penunjang adalah makanan untuk anak Balita penderita mencret, makanan untuk anak umur 1-3 tahun dan guna makanan secara umum. Pesan dari penyuluhan kesehatan terutama tentang kebersihan perseorangan (personal hygiene) dan kesehatan

lingkungan. Setiap pesan penyuluhan diberikan dua kali.

Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini adalah : pendidikan responden dan suaminya, pekerjaan responden dan suaminya, pengetahuan responden tentang pesan-pesan gizi dan kesehatan sebelum dan sesudah intervensi, konsumsi makanan dan keadaan gizi anak Balita sebelum dan sesudah intervensi. Data pendidikan dan pekerjaan responden beserta suaminya serta pengetahuan gizi sebelum intervensi, dikumpulkan dengan cara wawancara menggunakan kuesioner dan dilakukan di Klinik Gizi, sedangkan data pengetahuan gizi setelah intervensi maupun data konsumsi makanan anak Balita, dikumpulkan dengan cara wawancara yang dilakukan di rumah responden dan waktunya 4-6 bulan setelah penyuluhan gizi di Klinik Gizi. Data klinis dikumpulkan pada kunjungan pertama dan 6 bulan kemudian.

Analisis data ditujukan untuk mengetahui perbedaan pengetahuan gizi responden, konsumsi makanan anak Balita serta keadaan gizinya antara sebelum dan sesudah mendapat penyuluhan gizi. Perbedaan pengetahuan diuji dengan Wilcoxon *matched-pairs test*, sedangkan perbedaan konsumsi dan kenaikan berat badan dengan uji T berpasangan (3).

Hasil dan Bahasan

1. Ciri-ciri responden

Hanya 27 dari 38 responden kelompok perlakuan dan 27 dari 38 responden kelompok pembandingan dapat mengikuti penelitian sampai selesai. Responden kelompok perlakuan yang tidak dapat mengikuti penelitian sampai selesai, 47% karena pindah atau kembali berobat ke Puskesmas terdekat, 35,3% melahirkan dan 17,7% pindah alamat. Sementara itu dari kelompok pembandingan yang tidak dapat mengikuti penelitian sampai selesai, 53% karena pindah atau berobat ke puskesmas terdekat, 27% melahirkan dan 20% pindah alamat.

Ciri-ciri lain yang meliputi tingkat pendidikan formal dan pekerjaan, tidak berbeda antara kelompok perlakuan dengan pembandingan. Sebagian besar dari mereka berpendidikan SD dan suaminya bekerja sebagai buruh. Semua responden kelompok pembandingan tidak bekerja selain sebagai ibu rumahtangga, sementara dari responden kelompok perlakuan terdapat seorang karyawan dan seorang pembantu rumahtangga. Pekerjaan suami responden, baik kelompok perlakuan maupun kelompok pembandingan, sebagian besar adalah buruh. Memperhatikan data tingkat pendidikan responden maupun pekerjaan suaminya, tampaknya responden berasal dari kelompok sosial ekonomi tergolong rendah.

Kasus kurang kalori protein (KKP), biasa dijumpai pada keluarga miskin dengan jumlah anak banyak atau anak pertama dari keluarga muda yang berasal dari kelompok sosial ekonomi rendah. Soetedjo (4), dalam penelitiannya di daerah transmigrasi di Lampung, menemukan bahwa anak KKP lebih banyak dijumpai pada keluarga dengan jumlah

anak banyak. Penjelasanannya adalah bahwa pendapatan keluarga yang rendah mungkin masih dapat mencukupi untuk 1-2 anak, tetapi tidak cukup untuk 3 anak atau lebih.

Pada Tabel 1 disajikan distribusi anak yang menderita KKP menurut nomor kelahirannya. Tampak jelas bahwa sebagian besar penderita KKP berat adalah anak ke 1-3, baik untuk kelompok perlakuan maupun pembanding.

Kehamilan yang sering, apalagi dengan jarak yang dekat akan mempengaruhi kesehatan ibu dan anaknya. Pada Tabel 2 disajikan distribusi responden menurut jumlah kehamilannya.

2. Pengetahuan Gizi dan Penerapannya

Akhir-akhir ini, pendidikan gizi tidak hanya menjanjikan peningkatan pengetahuan saja, tetapi juga peningkatan praktek dalam kehidupan sehari-hari yaitu berupa masukan (intake) zat gizi, bahkan sampai peningkatan keadaan gizi ibu-ibu dan Balitanya (5). Dalam makalah ini aspek-aspek tersebut juga dibahas.

Tabel 1. Distribusi anak responden yang menderita KKP menurut nomor kelahirannya

No Urut kelahiran	Kelompok perlakuan	Kelompok pembanding
Anak ke 1	11	6
Anak ke 2 - 3	8	15
Anak ke 4 - 5	5	3
Anak ke 6 - >	5	3
Jumlah	29	27

Tabel 2. Distribusi responden menurut jumlah kehamilannya.

Jumlah kehamilan	Kelompok perlakuan	Kelompok pembanding
Kehamilan 1 - 2	13	16
Kehamilan 3 - 4	7	8
Kehamilan 5 - 6	2	2
Kehamilan 7 - >	7	0
Jumlah	29	27

Seperti telah disebutkan pada bab sebelumnya, pesan sentral/utama dari pendidikan gizi dalam penelitian ini adalah tentang makanan untuk anak Balita giziburuk. Hal ini didasarkan pada masalah yang dihadapi oleh responden, sehingga pendidikan gizi yang diberikan dapat lebih terarah. Adapun pesan-pesan lain sebagai penunjang. Dengan demikian, dalam evaluasi juga lebih ditekankan pada tingkat pengetahuan responden tentang pesan-pesan sentral/utama. Pengetahuan responden tentang makanan untuk anak Balita gizi buruk, meningkat sesudah mendapat penyuluhan gizi. Perbedaan tingkat pengetahuan responden kelompok perlakuan dan kelompok pembandingan tentang isi pesan sentral/utama sebelum intervensi tidak bermakna ($p > 0.05$), dan sesudah intervensi ternyata perbedaannya menjadi sangat bermakna ($p < 0.001$, perhatikan Tabel 3 dan 4). Hal yang sama juga ditemukan pada pengetahuan responden tentang makanan untuk anak mencoret. Keadaan ini antara lain disebabkan pesan-pesan tersebut relevan dengan masalah yang dihadapi oleh responden. Temuan ini menunjukkan bahwa walaupun sebagian terbesar responden kelompok perlakuan tingkat pendidikannya rendah yaitu 31% tidak sekolah, 10% sampai kelas 2 SD dan 51,7% kelas 4-6 SD, ternyata penggunaan leaflet dalam pendidikan gizi dapat membantu dalam meningkatkan pengetahuan responden. Sementara responden kelompok pembandingan dengan tingkat pendidikan yang hampir sama tetapi tidak diberi leaflet, tingkat pengetahuan gizinya tidak mengalami peningkatan secara bermakna. Selain itu, temuan ini juga menunjukkan bahwa leaflet yang dibagikan dan dibawa pulang oleh responden kelompok perlakuan benar-benar dapat berfungsi sebagai alat bantu pengingat (6). Kesimpulan penting yang dapat ditarik dari temuan di atas ialah bahwa alat bantu pendidikan dalam hal ini leaflet yang direncanakan dengan baik dan dibuat secara sederhana serta pesan-pesannya terarah sesuai dengan masalah yang dihadapi sasaran pendidikan dapat membantu meningkatkan pengetahuan sasaran pendidikan.

Tabel 3. Uji "wilcoxon matched-pairs test" mengenai pengetahuan kelompok perlakuan dan pembandingan tentang makanan untuk anak Balita penderita giziburuk (KKP berat) sebelum dan sesudah pendidikan gizi

	Sebelum n = 29	Sesudah n = 27
Jumlah negatif "rank"	195.69	29
Jumlah positif "rank"	122.33	193
Uji statistik	(p > 0.05)	(p < 0.01)
	Tidak bermakna	Bermakna

Tabel 4. Uji "wilcoxon matched-pairs test" mengenai pengetahuan kelompok perlakuan dan pembanding tentang makanan untuk anak mencoret sebelum dan sesudah pendidikan gizi

	Sebelum n = 29	Sesudah n = 27
Jumlah negatif rank	125.31	47.75
Jumlah positif rank	58.58	248.06
Uji Statistik	(p0.05)	(p0.01)
	Tidak bermakna	Bermakna

Konsumsi energi anak Balita kelompok perlakuan dan kelompok pembanding sebelum diberi pendidikan gizi, tidak berbeda ($p0.05$) masing-masing 331 ± 178 dan 441 ± 281 Kilokalori. Tingkat konsumsi energi yang sangat rendah ini kemungkinan karena anak dalam keadaan giziburuk (masarmus, kwasiorkor maupun marasmik kwasiorkor) disertai dengan penyakit infeksi, sehingga nafsu makannya rendah. Setelah pendidikan gizi, konsumsi energi anak Balita kelompok perlakuan sedikit lebih tinggi daripada kelompok pembanding (788 ± 88 dan 748 ± 273 Kilokalori), tetapi perbedaannya tidak bermakna ($p0.05$). Data konsumsi ini menunjukkan bahwa penerapan pengetahuan gizi yang dilihat dari konsumsi energi anak Balita tidak berbeda antara kelompok perlakuan dengan pembanding, walaupun pengetahuannya berbeda. Keadaan ini mungkin karena ibu-ibu Balita dari kelompok perlakuan yang sebagian besar berasal dari keluarga dengan sosial ekonomi rendah sehingga tidak dapat menerapkan pengetahuannya. Sementara itu, ibu-ibu kelompok pembanding di samping tingkat ekonominya yang rendah, tingkat pengetahuan gizinya belum bertambah baik. Kemungkinan lain data konsumsi energi yang dikumpulkan dalam penelitian ini terlalu rendah (under estimate).

Apabila dilihat lebih jauh lagi hasil dari penerapan pengetahuan ibu-ibu responden tentang makanan untuk anak Balita giziburuk, yaitu kenaikan berat badan anak Balitanya, ternyata rata-rata kenaikan berat badan anak Balita dari ibu-ibu responden kelompok perlakuan lebih baik dari pada rata-rata kenaikan berat badan anak Balita dari ibu-ibu responden kelompok pembanding (836 gram untuk kelompok perlakuan dan 552 gram untuk kelompok pembanding). Keadaan ini kemungkinan karena ibu-ibu dari kelompok perlakuan mempunyai perhatian lebih baik dalam merawat anaknya. Kemungkinan lain yaitu karena kesehatan anak Balita dari kedua kelompok semakin baik sebagai akibat

pemberian obat standar Puskesmas. Pada akhir penelitian distribusi anak menurut keadaan gizinya dapat dilihat pada Tabel 5. Tanda-klinis yang dijumpai pada anak kwasiorkor dan marasmik kwasiorkor seperti "oedema", "old face", "moon face" dan lain-lain tidak ditemukan, sehingga pada akhir penelitian sudah tidak ditemukan lagi anak kwasiorkor maupun marasmik kwasiorkor.

Tabel 5. Distribusi anak Balita pada akhir penelitian menurut keadaan gizinya

Keadaan gizi	Perlakuan				Kontrol			
	Sebelum	Sesudah			Sebelum	Sesudah		
		Krg	Brk	Mrs		Krg	Brk	Mrs
Marasmus	14	7	1	4	8	2	1	5
Marasmik kwasiorkor	4	3	1	0	5	2	0	3
Kwasiorkor	1	1	0	0	2	0	0	2
Giziburuk ^{*)}	8	6	2	0	12	2	6	4
Jumlah	27	17	4	4	27	6	7	14
Keterangan : Krg = Kurang								
Brk = Buruk								
Mrs = Marasmus								
Catatan : ^{*)} giziburuk tanpa gejala-gejala marasmus,								
kwashiorkor maupun marasmik kwashiorkor.								

Pengalaman dari Proyek Pengembangan Penyuluhan Gizi Departemen Kesehatan yang bekerjasama dengan Manoff International Inc., menunjukkan bahwa anak Balita peserta program penyuluhan gizi pertumbuhannya lebih baik dari anak Balita bukan peserta program. Pengalaman lain dari The Applied Nutrition Education Project (ANEP) di Republik Dominika, menunjukkan bahwa pendidikan gizi yang dirancang dan dilaksanakan dengan baik dengan menggunakan strategi pendekatan "Social Marketing" dalam rencana pesan dan strategi pengembangan medianya, tanpa pemberian makanan tambahan maupun pengobatan, berhasil menurunkan 43% penderita KKP (moderate dan severe) dan secara cross sectional, perbedaan rate KKP antara peserta program dan bukan peserta sebesar 40% (5).

Simpulan

Dari hasil penelitian ini dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Tingkat pengetahuan gizi ibu-ibu responden kelompok perlakuan, khususnya

pengetahuan tentang makanan untuk anak Balita penderita giziburuk (KKP berat) yang merupakan pesan sentral/utama dalam penelitian ini, lebih baik daripada pengetahuan ibu-ibu responden kelompok pembandingan.

2. Perbaikan status gizi yang dinyatakan dalam pertambahan berat badan anak Balita ternyata juga lebih baik pada anak Balita dari ibu-ibu responden kelompok perlakuan dibandingkan dengan kelompok pembandingan.

Kepustakaan

1. Manoff International Inc., *Nutrition education and behavior change component*, Jakarta: Indonesian Nutrition Improvement Program, 1984.
2. Jelliffe, D.B., *The assessment of the nutritional status of the community*, Geneva; WHO, 1966.
3. Meddis, R. *Statistical handbook for non-statisticians*. London: Mc. Graw-Hill Book Co (UK), 1975.
4. Soetedjo, S.H. Suatu penyelidikan tentang keadaan sosial ekonomi dan keadaan gizi yang dihubungkan dengan besar keluarga di daerah transmigrasi desa Sri Tejo Kencono, Kabupaten Lampung Tengah. Skripsi. Jakarta: FKMUI, 1977.
5. Griffiths, M. Growth monitoring-making it a tool for education. *Indian J Pediatr* 1988; 55:S59-S66.
6. Holmes, Alan.C., *Visual aids in nutrition education. A guid to their preparation and use*. Rome, Italy: Food and Agriculture Organization of The United Nations, 1971.